



MD 929 Y 2015.07.31

REPUBLICA MOLDOVA



(19) Agenția de Stat  
pentru Proprietatea Intelectuală

(11) **929** (13) **Y**  
(51) Int.Cl: *A61B 17/00* (2006.01)  
*A61B 17/22* (2006.01)  
*A61B 17/24* (2006.01)

(12) BREVET DE INVENȚIE  
DE SCURTĂ DURATĂ

În termen de 6 luni de la data publicării mențiunii privind hotărârea de acordare a brevetului de invenție de scurtă durată, orice persoană poate face opoziție la acordarea brevetului	
(21) Nr. depozit: s 2014 0143 (22) Data depozit: 2014.11.26	(45) Data publicării hotărârii de acordare a brevetului: 2015.07.31, BOPI nr. 7/2015
(71) Solicitant: INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ, MD (72) Inventatori: CIOBANU Gheorghe, MD; ȘCERBATIUC Dumitru, MD; LEHTMAN Sofia, MD (73) Titular: INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ, MD	

(54) Metodă de tratament al sialolitiazei

(57) Rezumat:

1  
Invenția se referă la chirurgia maxilo-facială, în special la o metodă de tratament al sialolitiazei.

Metoda, conform invenției, constă în aceea că după examinarea clinico-radiologică și determinarea poziției calculului se efectuează anestezia nervului alveolar al mandibulei și a nervului lingual în combinație cu anestezia locală a țesuturilor adiacente, după care se aplică o ligatură în jurul ductului glandei salivare, posterior localizării calculului și apoi se ridică, ulterior se efectuează o incizie longitudinală și se îndepărtează calculul, apoi timp de 7...14 zile, începând din prima zi a perioadei postoperatorii, pacientului i se prescriu zilnic, *per os*, comprimate de Rovamycine 3 mln UI de 2 ori pe zi, timp de 7 zile, după care se efectuează lavajul glandei

2  
salivare cu o soluție ce conține clorhidrat de lidocaină 0,1% și gluconat de clorhexidină 0,2% de 3 ori pe zi, primul lavaj se efectuează imediat după intervenția chirurgicală, iar peste 5 min se aplică pe zona intervenției chirurgicale un tampon cu soluție din 0,3 ... 0,5 mg de 5-fluorouracil în 1 ml soluție NaCl de 0,9%, după care se administrează, *per os*, 15 mg de folinat de calciu o dată pe zi, apoi de 3 ori pe zi, câte 10 ml de soluție de KI 3% și câte 50 picături de soluție care conține extract de *Centaurei umbellati* 0,6%; *Levistici officinalis* 0,6%; *Rosmarini officinalis* 0,6% și alcool etilic 16...19,5%.

Revendicări: 1  
Figuri: 3

MD 929 Y 2015.07.31

## (54) Method for treating sialolithiasis

### (57) Abstract:

1

The invention relates to maxillofacial surgery, particularly to a method for treating sialolithiasis.

The method, according to the invention, consists in that after clinical and radiographic examination and localization of the concrement is carried the anesthesia of mandibular alveolar nerve and lingual nerve in combination with the local anesthesia of surrounding tissues, afterwards is applied a ligature around the salivary gland duct behind the concrement localization and then is lifted, afterwards is carried out a longitudinal incision and is removed the concrement, then during 7...14 days, starting from the 1st day of postoperative period, the patient is administered daily, *per os*, Rovamycine 3 ml IU 2 times a day, for 7 days, then is carried out

2

the salivary gland lavage with a solution containing 0.1% lidocaine hydrochloride and 0.2% chlorohexidine gluconate 3 times a day, the first lavage is carried out immediately after surgical intervention, and in 5 min is applied on the incisional wound a tampon with a solution containing 0.3...0,5 mg of 5-fluorouracil in 1 ml of 0.9% NaCl solution, after which is administered, *per os*, 15 mg of calcium folinate once a day, then 3 times a day 10 ml of 3% KI solution and 50 drops of solution containing extract of *Centaurii umbellati* 0.6%; *Levistici officinalis* 0.6%; *Rosmarini officinalis* 0.6% and ethyl alcohol 16...19.5%.

Claims: 1

Fig.: 3

## (54) Метод лечения сиаолитиаза

### (57) Реферат:

1

Изобретение относится к челюстно-лицевой хирургии, в частности к методу лечения сиаолитиаза.

Метод, согласно изобретению, состоит в том, что после клинко-рентгенологического обследования и локализации конкремента осуществляют анестезию альвеолярного нерва нижней челюсти и лингвального нерва в сочетании с местной анестезией окружающих тканей, после чего накладывают лигатуру вокруг протока слюнной железы позади локализации конкремента и затем приподнимают, после чего осуществляют продольный разрез и удаляют конcrement, затем в течение 7...14 дней, начиная с 1-го дня послеоперационного периода, пациенту ежедневно назначают, *per os*, Ровамицин 3 млн МЕ 2 раза в день, в течение 7 дней, затем осуществляют 3 раза в день

2

промывание слюнной железы раствором который содержит 0,1% хлоргидрат лидокаина и 0,2% глюконат хлоргексидина, первое промывание осуществляют сразу после хирургического вмешательства, а через 5 мин накладывают на операционную рану тампон с раствором который содержит 0,3...0,5 мг 5-фторурацила в 1 мл 0,9% раствора NaCl, после чего, *per os*, применяют 15 мг кальция фолината один раз в день, затем 3 раза в день по 10 мл раствора 3%-го KI и по 50 капель раствора который содержит экстракт *Centaurii umbellati* 0,6%; *Levistici officinalis* 0,6%; *Rosmarini officinalis* 0,6% и этиловый спирт 16...19,5%.

П. формулы: 1

Фиг.: 3

**Descriere:**

Invenția se referă la chirurgia maxilo-facială, în special la o metodă de tratament al sialolitiazei.

5 Boala sialolitiatică este una din cele mai frecvente afecțiuni ale glandelor salivare și reprezintă cauza primordială (66%) a patologiei obstructive a glandelor salivare, ce constituie circa 50% din afecțiunile acestora. Conform rezultatelor studiilor în acest domeniu, 80...95% din calculi sunt localizați în glandele salivare. În acest context este necesară menționarea  
10 posibilelor anomalii și modificări patologice ale sistemului ductal al glandelor submandibulare (diverticule, stricturi), care pot cauza dereglări ale fluxului salivar cu formarea sialoliților. În majoritatea cazurilor dimensiunea calculilor variază între 1 și 10 mm, iar cele care depășesc 10 mm sunt atribuiți dimensiunilor necaracteristice. Dimensiunea medie a calculilor constituie 3,2 mm pentru glandele parotide și 4,9 mm pentru cele salivare. Manifestările clinice principale ale sialolitiazei includ durerea și edemul în proiecția glandei  
15 afectate, colica salivară și sporirea volumului glandei în timpul alimentării. Actualmente în literatura de specialitate sunt descrise următoarele complicații ale sialolitiazei: formarea fistulei sialo-orale în cavitatea bucală, migrarea calculilor în țesuturile adiacente (subcutan).

Sunt cunoscute metode complexe de tratament terapeutic al sialolitiazei, ce vizează  
20 îmbunătățirea troficii țesutului glandei salivare, ameliorarea funcției sale, profilaxia stenozei, cum ar fi terapia cu antibiotice, autovaccinarea, blocade cu novocaină ale regiunii glandelor, injectarea cu soluție de pirogenal sau soluție de galantomycină, galvanizarea și masajul glandei salivare. De asemenea, este cunoscută metodologia de prevenire a stenozelor la pacienții care suferă deja de îngustarea canalelor cu utilizarea enzimelor proteolitice – 7...10 mg de ribonuclează intramuscular, electroforezei cu deoxiribonucleaze și introducerea  
25 Iodolipolului în canale [1].

Tratamentul conservator nu întotdeauna duce la o îmbunătățire, la autoîndepărtarea  
concrementului și prevenirea eficientă a stenozei. Dezavantajele acestei metode constau în durata prea mare a tratamentului (până la 3 luni) și incapacitatea de a realiza secreția  
30 suficientă a glandei prin segmentul îngustat al canalului excretor. Devine evidentă necesitatea aplicării unor metode de tratament operative, în funcție de mărimea și localizarea calculului și de starea pacientului, indiferent de severitatea procesului inflamator al glandei salivare. De regulă, se efectuează eliminarea endoorală a calculilor prin incizia longitudinală a canalului. Totodată, trebuie de remarcat faptul că utilizarea metodelor operatorii poate contribui la dezvoltarea stricturilor cicatrizate ale canalelor excretoare, ce duce la sialolitiaza cronică cu  
35 formarea de concremente noi și la disfuncția glandei, în afară de aceasta sunt posibile complicații postoperatorii și recidive ale bolii.

Mai este cunoscută o metodă de plastie a canalului glandei submandibulare în cazul unei  
stricturi cicatrizate sau al obliterației ductului după litextacție, prin incizia mucoasei în regiunea sublinguală, de-a lungul ductului, cu eliberarea celei din urmă până la secțiunea  
40 îngustării și intersectarea sa. Se face o incizie longitudinală a peretelui ductului cu lungimea de 1...1,5 cm. Marginile ductului se suturează de marginile de jos ale mucoasei cavității bucale. Apoi, ductul se coase de cateter cu un ac atraumatic. Ulterior, după intervenția chirurgicală, pentru 6...7 zile, în lumenul ductului este introdus un cateter de polietilenă [2].

Dezavantajul acestei metode constă în faptul că după eliminarea concrementului se pot  
45 dezvolta stenoze la nivelul cavității de evacuare din contul cicatricii, ceea ce duce la retenția salivei, la formarea unui nou concrement și a unei recidive.

Este cunoscută, de asemenea, o metodă de tratament al îngustării ductului glandei  
salivare. Aceasta constă în introducerea în cavitatea nealterată a ductului a unui cateter coronarian cu balon și extinderea ulterioară a balonului până la diametrul canalului, cu  
50 înregistrarea volumului necesar de aer pentru această extindere. În același timp, cateterul este introdus prin gura de canal în regiunea îngustării și se însuflă aer, cel puțin de două ori, într-un volum ce depășește valoarea înregistrată de 1,3...1,8 ori. După îndepărtarea cateterului, zona glandei salivare se masează timp de 1...3 minute [3].

Dezavantajul acestei metode constă în faptul că, în pofida posibilității de prevenire  
55 momentană a fenomenului de retenție a fluxului salivar, porțiunea semnificativ extinsă a canalului este cauza formării repetate a calculilor, în plus, există riscul migrării calculului în adâncul glandei. Totodată, nu se ia în calcul necesitatea efectuării măsurilor antiinflamatorii,

ceea ce poate reduce posibilitatea de a restaura funcționarea fiziologică cu posibilele complicații postoperatorii.

Problema pe care o rezolvă metoda propusă este reducerea complicațiilor postoperatorii specifice și sporirea eficienței profilaxiei stenozei după litextracția endoorală în tratamentul sialolitiazei.

Principalul efect al metodei propuse constă în eliminarea restricției ductului glandei salivare și efectul deprimant direct asupra microorganismelor patogene. Rezultatul tehnic constă în profilaxia procesului inflamator în timpul intervenției chirurgicale, prevenirea apariției repetate a calculului și restenozării ductului glandei salivare.

Metoda complexă de tratament propusă constă în faptul că după examinarea clinico-radiologică și determinarea poziției calculului se efectuează anestezia nervului alveolar al mandibulei și a nervului lingual în combinație cu anestezia locală a țesuturilor adiacente, după care se aplică o ligatură în jurul ductului glandei salivare, posterior localizării calculului și apoi se ridică, ulterior se efectuează o incizie longitudinală și se îndepărtează calculul, apoi timp de 7...14 zile, începând din prima zi a perioadei postoperatorii, pacientului i se prescriu zilnic, *per os*, comprimate de Rovamycine 3 mln UI de 2 ori pe zi, timp de 7 zile, după care se efectuează lavajul glandei salivare cu o soluție ce conține clorhidrat de lidocaină 0,1% și gluconat de clorhexidină 0,2% de 3 ori pe zi, primul lavaj se efectuează imediat după intervenția chirurgicală, iar peste 5 min se aplică pe zona intervenției chirurgicale un tampon cu soluție din 0,3 ... 0,5 mg de 5-fluorouracil în 1 ml soluție NaCl de 0,9%, după care se administrează, *per os*, 15 mg de folinat de calciu o dată pe zi, apoi de 3 ori pe zi câte 10 ml de soluție de KI 3% și câte 50 picături de soluție care conține extract de *Centaurii umbellati* 0,6%; *Levistici officinalis* 0,6%; *Rosmarini officinalis* 0,6% și alcool etilic 16...19,5%.

Rezultatul aplicării metodei de tratament al sialolitiazei este profilaxia stenozei, normalizarea dimensiunii și funcțiilor ductului principal excretor al glandei salivare, precum și restaurarea microcirculației glandelor salivare. Metoda propusă permite de a evita intervențiile chirurgicale repetate și complicațiile asociate, asigură o eficiență suficient de mare a tratamentului și previne recidiva formării calculilor.

Pentru diagnosticarea sialolitiazei în IMSP IMU, secția OMF, au fost utilizate metode imagistice: examenul radiologic (ortopantograma), ultrasonografia și tomografia computerizată. Aceste tehnici de diagnostic permit de a identifica localizarea calculului, extinderea și deformarea canalelor glandei salivare. Sialolitiaza a fost diagnosticată în 12 cazuri. Vârsta medie a pacienților a constituit  $42,25 \pm 3,73$  (de la 26 până la 58) ani. În 7 (87,5%) cazuri a fost observată sialolitiază primară și doar un caz de sialolitiază recidivantă după înlăturarea endoorală a calculului. În toate cazurile calculii erau localizați în glanda submandibulară. Pacienții au fost dominați de durere în regiunea submandibulară, intensificată în timpul alimentației. Tumefacția regiunii glandei afectate a fost observată în 5 (62,5%) cazuri. La examenul endooral, concremenul a fost palpat doar în 2 (25%) cazuri.

Metoda, în conformitate cu invenția revendicată, înlătură dezavantajele menționate mai sus prin aceea că include un complex de măsuri profilactice, care asigură extinderea canalului excretor al glandei salivare pentru profilaxia stenozei sau îngustarea repetată a canalelor în perioada postoperatorie.

Metoda complexă de tratament al sialolitiazei în corespundere cu invenția propusă se realizează în modul următor.

După efectuarea măsurilor de diagnostic se determină poziția calculului, în raport cu unul dintre dinți, respectiv: regiunea caninului, regiunea molarilor mici sau – mai puțin frecvent – a molarilor mari. Cu ajutorul pensetei chirurgicale în apropierea papilei se captează și se ridică pliul sublingual. Apoi se deschide ductul și țesuturile moi care îl acoperă. În caz de inflamație acută, subacută sau cronică calculul din canal se extrage sub anestezie locală. După injectarea intraorală a soluției de clorhidrat de lidocaină de 2% și Epinefrină 1:200000, calculii sunt localizați prin palpare bimanuală, apăsând zona afectată, mucoasa submandibulară orală fiind incizată în locul amplasării calculilor.

Anestezia nervului alveolar submandibular și a nervului lingual nu este întotdeauna suficientă, fiind necesară și anestezia terminală infiltrațională a țesuturilor. Acest lucru este necesar nu doar pentru reducerea durerii, dar și pentru reducerea hemoragiilor cauzate de constricția vaselor sangvine.

Cu scopul de profilaxie a stenozei și prevenire a recidivei, după disecție și litextracție endoorală în tratamentul sialolitiazei timp de 7...14 zile, începând din prima zi postoperatorie, pacientului i se administrează zilnic tab. Rovamycine 3 mln ME x 2 ori pe zi, timp de 7 zile,

*per os*, se efectuează lavajul sistemului ductal al glandei submandibulare cu soluție ce conține clorhidrat de lidocaină 0,1% și gluconat de clorhexidină 0,2% de 3 ori pe zi (Trachisane galgari), primul lavaj fiind efectuat imediat după intervenția chirurgicală, iar după 5 minute se aplică pe zona intervenției chirurgicale un tampon cu soluție din 0,3 ... 0,5 mg de 5-Fluorouracil în soluție de NaCl 0,9%, după aplicare se administrează 15 mg de folinat de calciu *per os* o dată pe zi și câte 10 ml sol. KI 3% de 3 ori pe zi, apoi câte 50 picături de soluție care conține extract de *Centaurii umbellati* 0,6%; *Levistici officinalis* 0,6%; *Rosmarini officinalis* 0,6% și alcool etilic 16...19,5% (Kanefron H) de 3 ori pe zi, primul lavaj fiind efectuat imediat după operație.

Acest tratament complex posedă o acțiune bactericidă efectivă și rapidă asupra microorganismelor gram-pozitive și gram-negative. În urma monitorizării zilnice a pacienților, s-a constatat o regresivitate mai rapidă a fenomenelor inflamatorii în glandele afectate și remiterea edemului și indurației peste 3...4 zile, din ductul glandei salivare afectate apărea salivă curată. Acest fapt indică eficiența sporită a tratamentului prin metoda propusă, ce se manifestă prin scăderea reacției inflamatoare a glandelor pacienților din grupul de studiu, reducerea numărului prizelor de administrare a preparatelor și creșterea toleranței față de tratament.

Avantajul metodei revendicate constă în aceea că este asigurată posibilitatea de extindere a ductului excretor al glandei salivare pentru a preveni stenoza sau îngustarea repetată a canalelor în perioada postoperatorie, cu o intervenție minim invazivă s-au păstrat funcțiile excretorii ale glandei salivare, excluzând posibilitatea apariției efectelor secundare.

Metoda solicitată a fost aprobată în secția de chirurgie OMF al IMSP IMU la 12 cazuri clinice de sialolitiază la etapa de inflamație cronică, cu acutizări periodice (sialoadenite cronice acutizate). Glandele afectate prezentau semne evidente de inflamație cronică. Toți pacienții au beneficiat de tratament chirurgical: litextracție endoorală și sialolitadenectomie. Dimensiunea maximă a calculilor înlăturați a variat între 15 și 18 mm. Litiiza multiplă ( $\geq 2$ ) a fost diagnosticată la 31(28,9%) de pacienți. Litextracția endoorală a fost aplicată doar în cazul calculilor palpabili endooral. Toți pacienții au urmat tratament medicamentos antiinflamator. În 9 cazuri concrementele erau localizate în glandele submandibulare, într-un caz – în glanda parotidă. La toți pacienții erau prezente cavități și resturi radiculare. În cele mai frecvente cazuri sialoadenitele erau de origine stomatogenă, ducturile fiind însămânțate cu floră bacteriană mixtă. În toate cazurile perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Durata medie de spitalizare a constituit  $5,6 \pm 0,9$  zile.

#### Exemplu clinic

Pacienta F., 25 de ani, a fost internată în secția de chirurgie a OMF IMSP IMU acuzând dureri recurente și umflătură în regiunea submandibulară pe stânga. La examinare obiectiv s-a stabilit că glanda salivară submandibulară este flexibilă, dureroasă și mărită în dimensiune. La examinarea gurii ductului Wharton pe dreapta s-a stabilit hiperemie și extinderea gurii ductului, la masarea glandei saliva s-a dovedit a fi în cantități reduse, ușor turbure. La palparea bimanuală, în locul inflexiunii ductului Wharton s-a depistat o formațiune tare, cu limite clare de până la 0,8 cm. Datele obținute la ortopantogramă și USG indicau: în regiunea secțiunii superioare a glandei salivare submandibulare pe stânga o formațiune hiperecogenă de 0,4x0,7 cm. S-a stabilit diagnosticul: sialolitiază, calcul în glanda salivară submandibulară pe stanga. Pacientei i s-a recomandat tratament operator pentru a elimina calculul prin metoda intraorală.

Postoperatoriu pacienta a fost sfătuită să bea cantități mari de lichide și să utilizeze picături de lămâie fără zahăr pentru a stimula fluxul salivar și, prin urmare, a menține permeabilitatea canalului în timpul perioadei de vindecare. A fost efectuat tratamentul conform metodei propuse, timp de 6 zile, cu lavajul repetat de 3 ori. La o zi de la începutul tratamentului starea generală s-a îmbunătățit, a încetat durerea și mărirea umflăturii în timpul mesei, a scăzut edemul colateral și infiltratul glandular, secretul acesteia s-a curățat de exsudatul purulent și cheagurile de mucus. După trei zile simptomele procesului inflamator acut au dispărut, iar după 8 zile infiltratul glandei salivare s-a dizolvat complet, secreția sa s-a restaurat și a avut loc recuperarea clinică. Examenul repetat s-a efectuat la 30, 90 și 180 de zile. Nu au fost înregistrate plângeri la examenul fizic, palparea glandei a fost nedureroasă. După 30 de zile la ultrasonografie s-a fixat o scădere de până la 0,23 cm, după 90 de zile – de până la 0,1 cm și după 180 de zile calculii nu erau prezenți. Dimensiunile glandei în limitele normei fiziologice. Funcția ei s-a restabilit în întregime.

## (56) Referințe bibliografice citate în descriere:

1. Хирургическая стоматология/ Под ред. Робустовой Т.Г. Москва, Медицина,1996, 688 p.
2. Гуцан А., Бернадский Ю., Годорожа П. Челюстно-лицевые операции. Витебск, Белмедкнига,1997, 400 p.
3. RU 2402290 C1 2010.10.27

## (57) Revendicări:

Metodă de tratament al sialolitiazei care constă în aceea că după examinarea clinico-radiologică și determinarea poziției calculului se efectuează anestezia nervului alveolar al mandibulei și a nervului lingual în combinație cu anestezia locală a țesuturilor adiacente, după care se aplică o ligatură în jurul ductului glandei salivare, posterior localizării calculului și apoi se ridică, ulterior se efectuează o incizie longitudinală și se îndepărtează calculul, apoi timp de 7...14 zile, începând din prima zi a perioadei postoperatorii, pacientului i se prescriu zilnic, *per os*, comprimate de Rovamycine 3 mln UI de 2 ori pe zi, timp de 7 zile, după care se efectuează lavajul glandei salivare cu o soluție ce conține clorhidrat de lidocaină 0,1% și gluconat de clorhexidină 0,2% de 3 ori pe zi, primul lavaj se efectuează imediat după intervenția chirurgicală, iar peste 5 min se aplică pe zona intervenției chirurgicale un tampon cu soluție din 0,3 ... 0,5 mg de 5-fluorouracil în 1 ml soluție NaCl de 0,9%, după care se administrează, *per os*, 15 mg de folinat de calciu o dată pe zi, apoi de 3 ori pe zi câte 10 ml de soluție de KI 3% și câte 50 picături de soluție care conține extract de *Centaurea umbellata* 0,6%; *Levistici officinalis* 0,6%; *Rosmarini officinalis* 0,6% și alcool etilic 16...19,5%.

Șef Secție Examinare:

GROȘU Petru

Examinator:

LUPAȘCU Lucian

Redactor:

LOZOVANU Maria

**RAPORT DE DOCUMENTARE**

I. Datele de identificare a cererii

(21) Nr. depozit: s 2014 0143

(22) Data depozit: 2014.11.26

(71) Solicitant: **INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ, MD**

(54) **Titlul: Metodă de tratament al sialolitiazei**

II. Clasificarea obiectului invenției:

(51) **Int.Cl:** *A61B 17/00* (2006.01)

*A61B 17/22* (2006.01)

*A61B 17/24* (2006.01)

III. Colecții și Baze de date de brevete cercetate (denumirea, termeni caracteristici, ecuații de căutare reprezentative)

**MD - Intern « Documentare Invenții »** (inclusiv cereri nepublicate; trunchiere automată stanga/dreapta): “sialolitiază”, “sialolitiază tratament”

**Int.Cl:** *A61B 17/00* (2006.01), *A61B 17/22* (2006.01), *A61B 17/24* (2006.01)

**EA, CIS (Eapatis):** “сиалолитиаз”, “сиалолитиаз лечение”

**Int.Cl:** *A61B 17/00* (2006.01), *A61B 17/22* (2006.01), *A61B 17/24* (2006.01)

**SU (nonpublic):** “сиалолитиаз”, “сиалолитиаз лечение”

**Int.Cl:** *A61B 17/00* (2006.01), *A61B 17/22* (2006.01), *A61B 17/24* (2006.01)

IV. Baze de date și colecții de literatură nonbrevet cercetate

<http://www.romedic.ro/litiaza-salivara-sialolitiaza>

[http://library.usmf.md/downloads/anale/vol\\_4\\_xii/xii\\_4\\_p400-439\\_10\\_stomatologie.pdf](http://library.usmf.md/downloads/anale/vol_4_xii/xii_4_p400-439_10_stomatologie.pdf)

<http://www.asm.md/administrator/fisiere/editii/f34.pdf>

<http://www.asm.md/administrator/fisiere/editii/f38.pdf>

<http://www.i-medic.ro/stomatologie/afectiuni-ale-glandelor-salivare>

<http://www.dissercat.com/content/otsenka-effektivnosti-i-konservativnogo-lecheniya-sialolitiaza>

V. Documente considerate a fi relevante

Categoria*	Date de identificare ale documentelor citate si, unde este cazul, indicarea pasajelor pertinente	Numărul revendicării vizate
A	RU 94014715 A1 1996.07.10	1
A	RU 2106886 C1 1998.03.20	1
A	RU 2236010 C1 2004.09.10	1
A	RU 2240060 C2 2004.11.20	1
A	RU 244752 C1 2012.05.20	1

A	RU 2485508 C1 2013.06.20	□
A	RU 94014715 A1 1996.07.20	1
A	MD 2210 G2 2003.07.31	1
A	MD 2211G2 2003.07.31	1
A, D	Хирургическая стоматология/ Под ред. Робустовой Т.Г. Москва, "Медицина", 1996, 688 p.	1
A, D	Гуцан А., Бернадский Ю., Годорожа П. Челюстно-лицевые операции. Витебск, "Белмедкнига", 1997, 400 с.	1
A □ D, C	RU 2402290 C1 2010.10.27	1

**\* categoriile speciale ale documentelor citate:**

<b>A</b> – document care definește stadiul anterior general	<b>T</b> – document publicat după data depozitului sau a priorității invocate, care nu aparține stadiului pertinent al tehnicii, dar care este citat pentru a pune în evidență principiul sau teoria pe care se bazează invenția
<b>X</b> – document de relevanță deosebită: invenția revendicată nu poate fi considerată nouă sau implicând activitate inventivă când documentul este luat în considerație de unul singur	<b>E</b> – document anterior dar publicat la data depozit național reglementar sau după aceasta dată
<b>Y</b> – document de relevanță deosebită: invenția revendicată nu poate fi considerată ca implicând activitate inventivă când documentul este asociat cu unul sau mai multe documente de aceeași categorie	<b>D</b> – document menționat în descrierea cererii de brevet
<b>O</b> - document referitor la o divulgare orală, un act de folosire, la o expoziție sau la orice alte mijloace de divulgare	<b>C</b> – document considerat ca cea mai apropiată soluție
	<b>&amp;</b> – document, care face parte din aceeași familie de brevete
<b>P</b> - document publicat înainte de data de depozit, dar după data priorității invocate	<b>L</b> – document citat cu alte scopuri

Data finalizării documentării 11.05.2015

Examinator LUPAȘCU Lucian